

THAIS CRISTINA FINGER

**PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO
DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
de Curso de Graduação em Medicina.**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

THAIS CRISTINA FINGER

**PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO
DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
de Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício Pereima

Professor Orientador: Prof. Dr. Vanir Cardoso

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

DEDICATÓRIA

“Dedico este trabalho aos meus pais, Finger e Carmem, aos meus irmãos, Luiz André e Paulinho, e ao meu noivo Anderson, que são as pessoas mais importantes da minha vida”.

RESUMO

Introdução: O Brasil, à semelhança dos demais países latino-americanos, está passando por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso³⁷. Este envelhecimento trouxe um novo perfil de morbi-mortalidade, caracterizado por um aumento de doenças crônico-degenerativas²⁶.

Objetivos: Conhecer o perfil sócio-econômico do idoso que frequenta o ambulatório de clínica médica do HU-UFSC, bem como suas comorbidades, incapacidades funcionais, polifarmácia, estilo de vida, auto-avaliação de saúde e suporte social.

Métodos: Os dados foram colhidos através de um questionário estruturado aplicado pela autora, analisados pelos programas Epi-data, Epiinfo 6.04 e Excel.

Resultados: Constatou-se predominância de mulheres, entre 73-76 anos, casadas ou viúvas, com baixo nível de escolaridade e econômico. Residem principalmente com cônjuges e filhos, e estão satisfeitos com suas vidas. Possuem, em média, três morbididades, sendo HAS, doenças osteo-musculares as mais frequentes. Relatam considerar sua visão ruim e audição boa, sendo que a maioria, 80,6%, não relatou queda nos últimos três meses. 51,6% avalia sua saúde de maneira pessimista. Utilizam, em média, três fármacos, sendo os mais frequentes anti-hipertensivos e anti-agregante plaquetário. São idosos com grau de independência e autonomia mantidas. Bebem socialmente e fumam, principalmente os homens.

Conclusões: O perfil do idoso no presente estudo assemelha-se a outras regiões do Brasil, que necessitam de serviços gratuitos de saúde, gerando uma demanda crescente nestas instituições.

Palavras-chave: 1. Perfil de saúde 2. Idosos 3. Pacientes ambulatoriais.

ABSTRACT

Introduction: Brazil, likewise all other Latin American countries, is undergoing a fast and intense process of population aging³⁷. Such process has brought a new profile of morbid-mortality, featuring an increase of chronic-degenerative illnesses²⁶.

Objectives: To know the social-economic profile of the elderly who attend the HU-UFSC medical clinic regularly, as well as their functional illnesses, incapacities, polipharmacy, way of life, health and Social support auto-evaluation.

Methods: Data has been collected through a structuralized questionnaire submitted by the author and due analyzed by Epi-date, Epiinfo 6.04 and Excel softwares.

Results: It was evidenced the predominance of women, aged between 73-76 years old, either married or widowers, with both low school and economic levels. They live mainly with their spouses and children and consider themselves satisfied with their lives. They possess, in average, three morbidities, most frequently HAS, osteo-muscular illnesses. They report to consider themselves as outstanding bad vision and good hearing, and the majority, 80,6%, reported not to have fallen down in the last three months; additionally 51,6% evaluate their health in a pessimistic way. They consume, in average, three pharmacos, most frequently antihypertensives and platelet anti-aggregating. The subject elderly enjoy a certain degree of independence and autonomy. They drink socially and – mainly the men – smoke.

Conclusions: The profile of the elderly under the present study resembles those of other regions of Brazil, requiring gratuitous health services, calling for an increasing demand in these institutions.

Key-words: 1. health profile 2. elderly 3. outpatients

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HU	Hospital Universitário
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
BOAS	Brazilian Old Age Schedule
AVD	Atividades da Vida Diária
ANEP	Associação Nacional de Empresas de Pesquisa
AVC	Acidente Vascular Cerebral
WHO	World Health Organization
OMS	Organização Mundial da Saúde
DNT	Doenças não transmissíveis
AINE	Anti-inflamatórios não esteroidais

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estado civil dos idosos entrevistados.	7
Tabela 2 – Escolaridade dos idosos entrevistados.....	8
Tabela 3 – Frequência de morbidades dos idosos entrevistados.....	10
Tabela 4 – Auto-avaliação de saúde entre idosos entrevistados segundo sexo.....	11
Tabela 5 – Medicamentos utilizados pelos idosos entrevistados.....	13
Tabela 6 – Estilo de vida dos idosos entrevistados	14
Tabela 7 – Atividades executadas como passatempo pelos idosos entrevistados	14
Tabela 8 – Atividades da vida diária dos idosos entrevistados	15
Tabela 9 – Capacidade funcional dos idosos entrevistados.....	16
Tabela 10 – Correlação entre número de morbidades e idade.	17
Tabela 11 – Correlação entre número de morbidades e estado civil.	17
Tabela 12 – Correlação entre número de morbidades e número de medicamentos.....	17
Tabela 13 – Correlação entre número de morbidades e tabagismo.....	18
Tabela 14 – Correlação entre número de morbidades e consumo de álcool.....	18
Tabela 15 – Correlação entre número de morbidades e AVD.....	18
Tabela 16 – Correlação entre número de morbidades e escolaridade.....	19
Tabela 17 – Correlação entre número de morbidades e nível econômico.....	19
Tabela 18 – Correlação entre quedas e percepção de acuidade visual.	19
Tabela 19 – Correlação entre auto-avaliação de saúde e nível econômico.....	20

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos idosos entrevistados por sexo	6
Figura 2 – Idade dos idosos entrevistados.....	7
Figura 3 – Classe econômica dos pacientes entrevistados.....	8
Figura 4 – Grau de parentesco das pessoas que moram na mesma residência dos idosos entrevistados.....	9
Figura 5 – Percepção de acuidade visual segundo o paciente	11
Figura 6 – Percepção de acuidade auditiva segundo o paciente	12
Figura 7 – Utilização de serviços de saúde nos últimos três meses.....	12

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário utilizado nesta pesquisa.....	36
ANEXO 2 - Critério de classificação econômica Brasil.....	46
ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	47

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vi
LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE ANEXOS	ix
SUMÁRIO	x
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	3
2.1. Geral	3
2.2. Específicos	3
3 METODOLOGIA	4
3.1 Desenho	4
3.2 Local	4
3.3 Amostra	4
3.3.1 Critérios de inclusão	4
3.3.2 Critérios de exclusão	4
3.4 Procedimentos	4
3.5 Instrumentos	5
3.6 Análise Estatística	5
3.7 Aspectos Éticos	5

4 RESULTADOS.....	6
4.1 Fatores sócio-econômicos e demográficos	6
4.2 Situação familiar e psicossocial	8
4.3 Morbidades e fatores correlatos	9
4.4 Estilo de vida	14
4.5 Atividades da vida diária	15
4.6 Correlação entre variáveis	16
5 DISCUSSÃO	21
5.1 Fatores sócio-econômicos e demográficos	21
5.2 Situação familiar e psicossocial	23
5.3 Morbidades e fatores correlatos	23
5.4 Estilo de vida	26
5.5 Atividades da vida diária	27
5.6 Correlação entre variáveis	28
5.7 Limitações do estudo	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
 REFERÊNCIAS	 31
NORMAS ADOTADAS	35
ANEXOS.....	36

1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas idosas, na atualidade, é maior que em qualquer outro tempo da história. Este crescimento torna-se cada vez mais relevante, superando inclusive o crescimento da população total¹. Brundtland², relata que este fenômeno é universal e ocorre com maior aceleração nos países ditos “em desenvolvimento”, isto demanda, de imediato, o planejamento de estratégias de saúde pública para o enfrentamento racional desta questão.

Até 2025, assistiremos a um verdadeiro *boom* de idosos, quando o Brasil terá a 6º maior população de idosos do planeta – mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais³. Paralelamente às transformações demográficas, temos as mudanças no perfil de morbidade e mortalidade da população, que, ao envelhecer, faz aumentar a prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis, as quais, a longo prazo, podem gerar incapacidades, dependências na vida diária e perda da autonomia⁴.

No Brasil e nos demais países subdesenvolvidos são considerados idosos pessoas com mais de 60 anos de idade, enquanto que nos países desenvolvidos esta categoria compreende pessoas com idade igual ou superior a 65 anos⁵.

Conte⁶, considera envelhecimento como um processo que gradualmente transforma um adolescente saudável em um indivíduo idoso frágil, com capacidade diminuída de responder a estresses infecciosos, cirúrgicos e ambientais. O processo de envelhecimento é heterogêneo e variável em cada indivíduo, de acordo com fatores ambientais, étnicos, nível de atividade física e mental, hábitos e doenças pregressas.

As mudanças no estilo de vida, incluindo mudanças nos níveis de atividade física e na qualidade dos alimentos, podem contribuir para o processo de prevenção de doenças que se manifestam com a idade, principalmente os problemas funcionais que se evidenciam nas pessoas mais velhas. Algumas teorias propõem que o ritmo está associado à vitalidade que os indivíduos trazem consigo ao nascer e a sua capacidade de mantê-la durante toda vida⁷.

Logo, para que o indivíduo envelheça bem, dependerá de suas chances para usufruir condições adequadas de saúde, educação, moradia, alimentação, durante todo seu curso de vida de forma lógica, inteligente e racional. De acordo com Guimarães⁸, o conhecimento do processo de envelhecimento poderá ajudar os idosos a viver com um bom nível de saúde.

Desse modo, cabe ressaltar a urgente necessidade de criar-se em nosso país um serviço de saúde preparado para receber essa demanda aumentada da população idosa, levando-se em consideração as peculiaridades que envolvem o paciente geronto-geriátrico⁹. Negri¹⁰ relata que a falta de conhecimentos geriátricos tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso.

A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso, e deve ser associado à avaliação do estado funcional, que é a dimensão-base para avaliação geriátrica¹¹.

Entende-se por estado funcional a habilidade do idoso de executar atividades que permitam cuidar de si próprio e viver independente em seu meio¹². Negri¹⁰ diz que do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito, mais adequado, para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso.

Além disso, o conhecimento do perfil de utilização de medicamentos pela população geriátrica é fundamental para o delineamento de estratégias de prescrição racional de fármacos entre este segmento etário, já que pessoas com idade avançada tendem a usar mais produtos farmacêuticos e apresentam particularidades farmacocinéticas e farmacodinâmicas que as tornam especialmente vulneráveis a efeitos adversos¹³.

Igualmente, indivíduos idosos são portadores de múltiplos problemas médicos coexistentes. Chaimowicz¹⁴ mostrou que, em média, o número de condições crônicas aumentava de 4,6 para 5,8 entre 65 e 75 anos de idade.

O presente estudo tem como objetivo avaliar o estado funcional dos idosos que freqüentam ambulatório HU-UFSC através de questionário sobre as Atividades da Vida Diária, comorbidades, polifarmácia, nível sócio-econômico e auto-avaliação de saúde, que é o melhor preditor de mortalidade do que medidas objetivas da condição de saúde¹⁵.

2 OBJETIVO

2.1. Geral

Traçar o perfil epidemiológico de uma amostra de pacientes idosos usuários dos serviços do ambulatório de clínica médica do HU-UFSC, no período de 1º junho a 31 de agosto de 2005.

2.2. Específicos

1. Determinar situação sócio-econômica;
2. Determinar o suporte social (rede de apoio);
3. Determinar a auto-avaliação de saúde segundo paciente;
4. Identificar variáveis relacionadas ao estilo de vida;
5. Caracterizar o número e tipos de comorbidades mais comuns;
6. Identificar a polifarmácia;
7. Identificar graus de incapacidades de realizar atividades da vida diária;
8. Observar correlações entre as variáveis estudadas.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho

Trata-se de um estudo de demanda, realizado através de um inquérito transversal do tipo descritivo. Os questionários, do tipo estruturado, serão aplicados pela autora, no período citado anteriormente. Será realizado um estudo piloto para observar a eficácia do mesmo.

3.2 Local

Sala pertencente à ala B do ambulatório de clínica médica do HU-UFSC.

3.3 Amostra

Pacientes com 60 anos ou mais que freqüentam ambulatório de clínica médica do HU-UFSC, antes ou após suas consultas.

3.3.1 Critérios de inclusão

Serão incluídos os pacientes idosos com 60 anos ou mais usuários dos serviços do ambulatório de clínica médica do HU-UFSC, no período de 1º junho a 31 de agosto de 2005, além da aceitação livre e esclarecida para participação desta pesquisa.

3.3.2 Critérios de exclusão

Não aceitação livre e esclarecida para participação desta pesquisa, impossibilidade de comunicação e ausência de acompanhante dos mesmos pacientes.

3.4 Procedimentos

Será realizada coleta de dados através de questionário estruturado aplicado pela autora numa sala pertencente à ala B do ambulatório de clínica médica do HU-UFSC. Os pacientes não irão ser submetidos a nenhum outro procedimento.

3.5 Instrumentos

O questionário-base que será aplicado neste estudo é chamado BOAS, adequado à realidade deste estudo, após aplicação de um questionário piloto, e engloba as seções: informações gerais, saúde física, atividades da vida diária. Além deste, será utilizado o critério de classificação econômica do Brasil¹⁶, que estabelece o nível econômico da população estudada.

3.6 Análise Estatística

Os dados serão computados através do programa Epi-Data e analisados através dos programas Epi-Info 6.04 e Excel. Na análise bivariada, foi utilizado o Teste do Qui-quadrado e o Teste Exato de Fischer.

3.7 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, através do projeto nº 151/05, no dia 30/05/05.

4 RESULTADOS

4.1 Fatores sócio-econômicos e demográficos

Dos 31 pacientes entrevistados, 74,2% eram do sexo feminino e 25,8% do sexo masculino, conforme Figura 1.

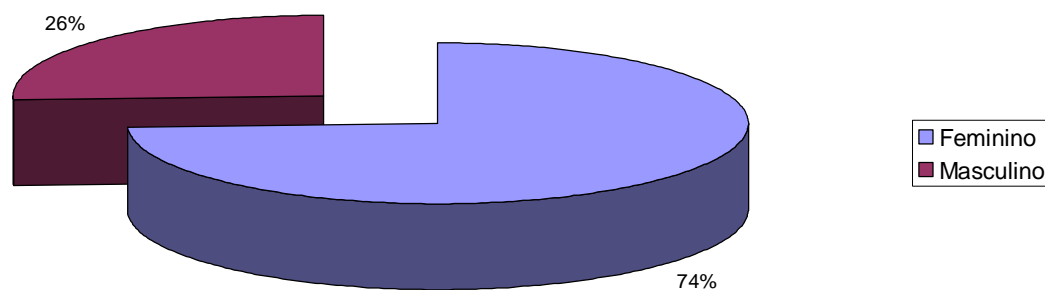


Figura 1 – Distribuição dos idosos entrevistados por sexo

A idade variou de 60 à 80 anos, com média de 70,48 anos, sendo que a maior frequência compreendeu de 73 a 76 anos, indicado na Figura 2.

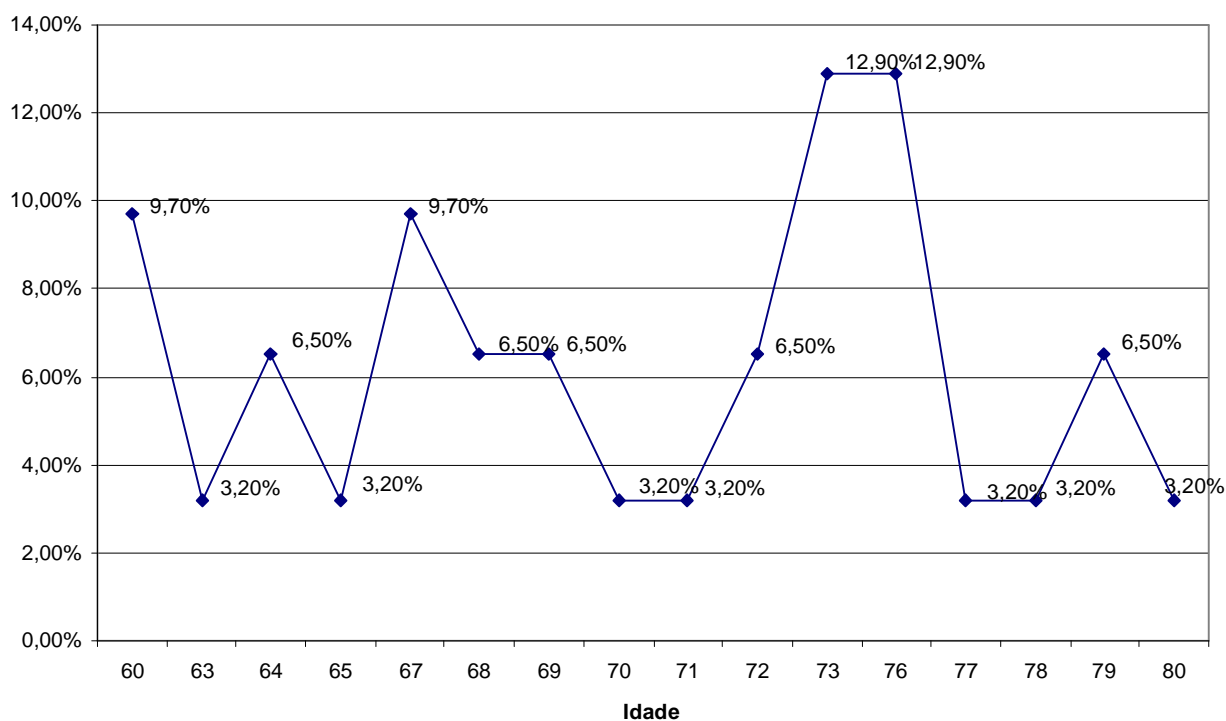


Figura 2 – Idade dos idosos entrevistados

Houve um predomínio de casados 74,2%, seguido dos viúvos 22,6% e, em menor frequência os divorciados/separados 3,2%, observando-se que os homens estavam em maior frequência de casados e as mulheres em maior frequência em relação à viuvez, de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 – Estado civil dos idosos entrevistados.

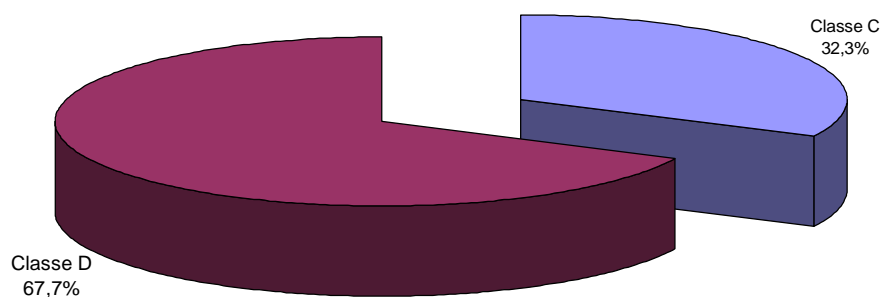
Estado Civil	Feminino	Masculino
Casado	69,5%	87,5%
Viúvo	26,1%	12,5%
Separado	4,4%	0%

Quanto à escolaridade, observou-se que 67,7% responderam ter estudado até o ensino fundamental, 19,4% não estudaram nenhum ano e 12,9% estudaram até o ensino médio, segundo Tabela 2.

Tabela 2 – Escolaridade dos idosos entrevistados

Escolaridade	Feminino	Masculino
Nenhum	12%	37,5%
Ensino Fundamental	78,3%	35,7%
Ensino Médio	8,7%	25%

Quanto à classe econômica, 32,3% pertencem à classe C e 67,7% à classe D. Dos entrevistados, nenhum pertence à classe A, B, E ou F, indicado na Figura 3.

**Figura 3** – Classe econômica dos pacientes entrevistados

4.2 Situação familiar e psicossocial

Em relação ao número de filhos, a maioria respondeu ter de 4 – 6 filhos, correspondendo a 45,1%, variando de 0 a 14 filhos. Os entrevistados responderam morar com quatro pessoas em 25,8%, seguido de uma pessoa em 22,8%, sendo que esta variável apresentou-se com mínimo de zero e máximo de 12 pessoas, média de 3,32 pessoas. Apenas um paciente respondeu morar sozinho. A pessoa que mais frequentemente mora junto com idoso é o esposo em 67,7%, seguido

dos filhos em 38,7%, netos e filhas em 32,3%, nenhum entrevistado respondeu morar com os pais, conforme Figura 4.

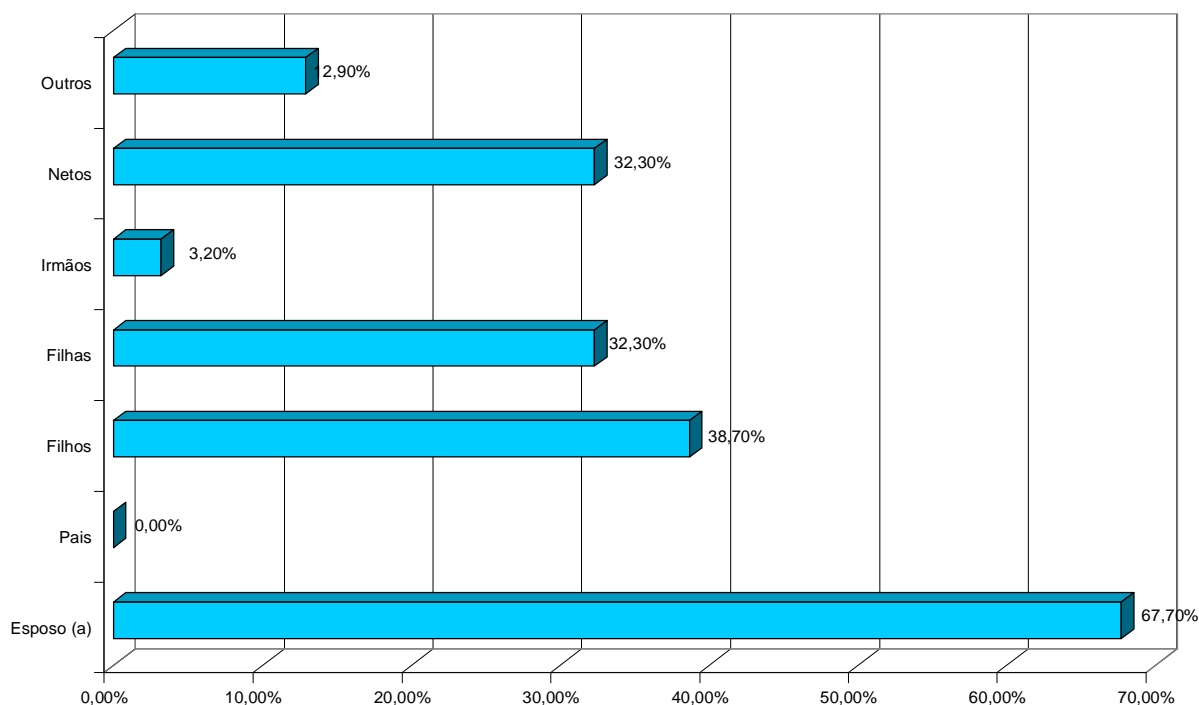


Figura 4 – Grau de parentesco das pessoas que moram na mesma residência dos idosos entrevistados

Os idosos entrevistados demonstraram estar satisfeitos com relação à sua vida em geral, perfazendo 74,2%. Dos 25,8% de insatisfeitos, o motivo de maior insatisfação foram problemas de saúde 19,4%, seguida de problemas econômicos 6,5%.

A respeito da religião, 93,5% dos entrevistados responderam praticá-la.

4.3 Morbidades e fatores correlatos

Solicitados a citar seus problemas que lhes afetam a saúde, os idosos responderam hipertensão arterial sistêmica 70,96%, artrose 41,93%, dislipidemia e diabetes mellitus em 29%. A média de morbididades nos pacientes entrevistados foi de 3 morbididades por paciente, variando de 1 a 7, indicado na Tabela 3.

Tabela 3 – Frequência de morbididades dos idosos entrevistados

Morbidade	%
Hipertensão arterial sistêmica	70,97
Artrose	41,94
Dislipidemia	29,03
Diabetes mellitus	29,03
Cardiopatía isquêmica	22,58
Hipotireoidismo	19,35
Artrite gotosa	9,68
Esporão calcâneo	9,68
Arritmia	6,45
Aterosclerose	6,45
Constipação	6,45
Depressão	6,45
Enfisema pulmonar	6,45
Enxaqueca	6,45
Osteoporose	6,45
Doença de Parkinson	6,45
Artrite gotosa	3,23
Acidente vascular cerebral	3,23
Cálculo biliar	3,23
Epilepsia	3,23
Escoliose	3,23
Hipoacusia visual	3,23
Insuficiência cardíaca congestiva	3,23
Prostatismo	3,23
Síndrome de Scherran	3,23
Úlcera gástrica	3,23

Quando perguntado se o problema de saúde atrapalha sua vida, 71% responderam afirmativamente.

Outro questionamento feito foi se nos últimos três meses o paciente sofreu alguma queda, e a maioria 80,6% responderam negativamente.

Foi perguntado aos pacientes a respeito de sua auto-percepção de saúde, e 51,6% tinham uma visão pessimista de sua saúde, enquanto 48,4 % a consideravam positivamente e estão arrolados na tabela 4 divididos por sexo.

Tabela 4 – Auto-avaliação de saúde entre idosos entrevistados segundo sexo.

	Ótima	Boa	Ruim	Péssima
Masculino	12,5%	12,5%	75%	0%
Feminino	8,7%	47,8%	30,4%	13%

Em relação às alterações visuais, a maioria 41,9% afirmou considerá-la ruim, e que esta atrapalha no desenvolvimento de suas tarefas diárias em 51,6%, mostrado na Figura 5.

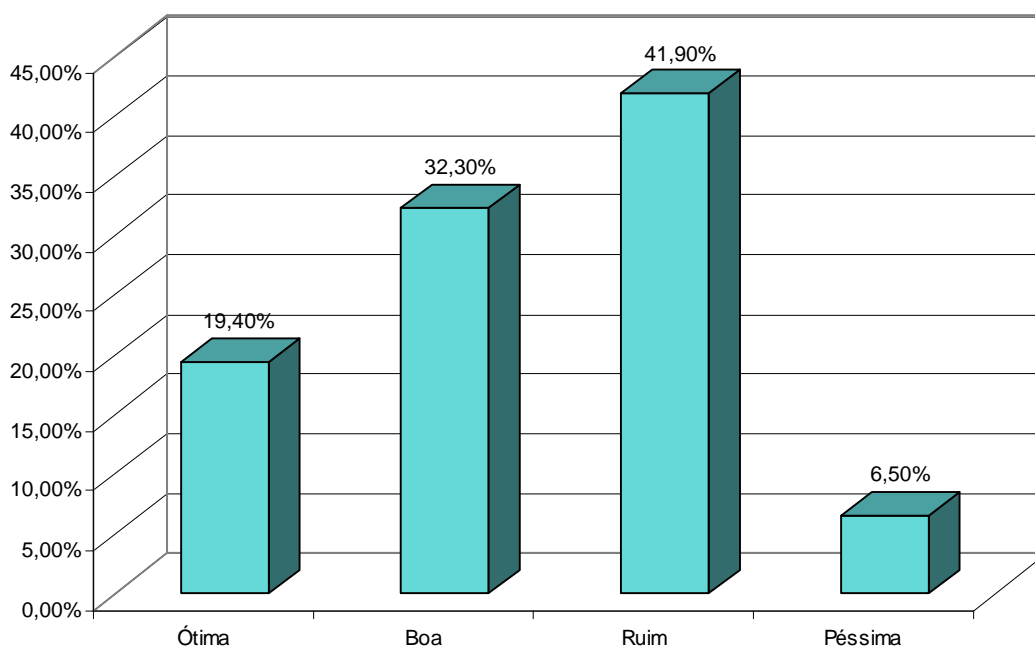


Figura 5 – Percepção de acuidade visual segundo o paciente

A mesma pergunta, agora em relação à audição, foi pleiteada, 51,6% responderam considerar boa sua audição e 83,9% disseram não atrapalhar na vida diária, conforme Figura 6.

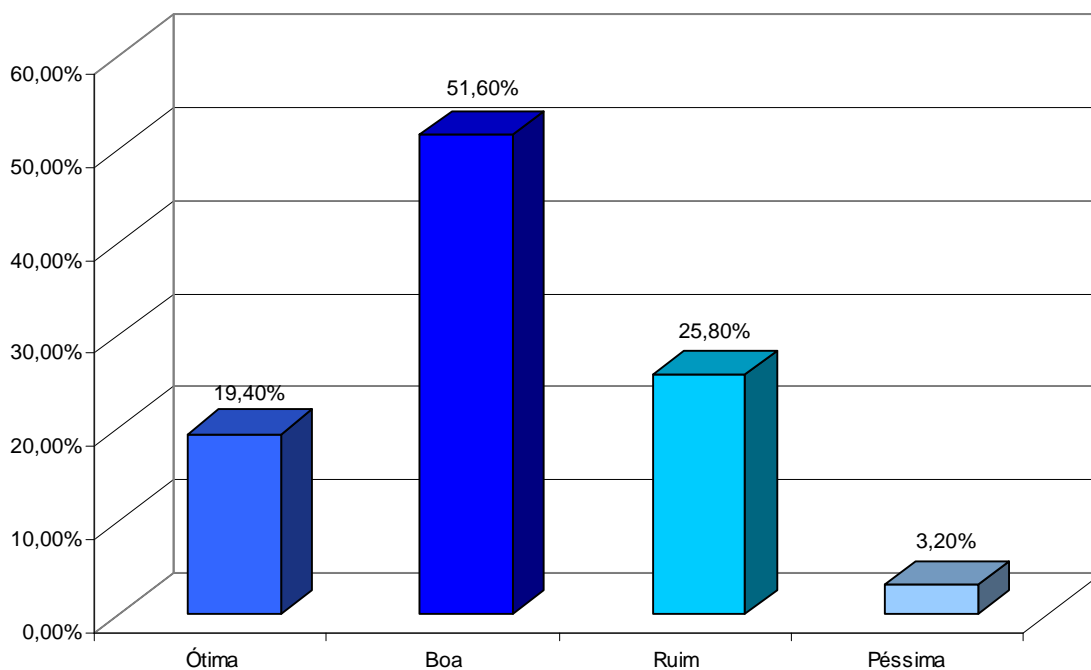


Figura 6 – Percepção de acuidade auditiva segundo o paciente

Cem por cento dos entrevistados responderam utilizar apenas serviços gratuitos de saúde e que, nos últimos três meses utilizaram os serviços descritos na Figura 7.

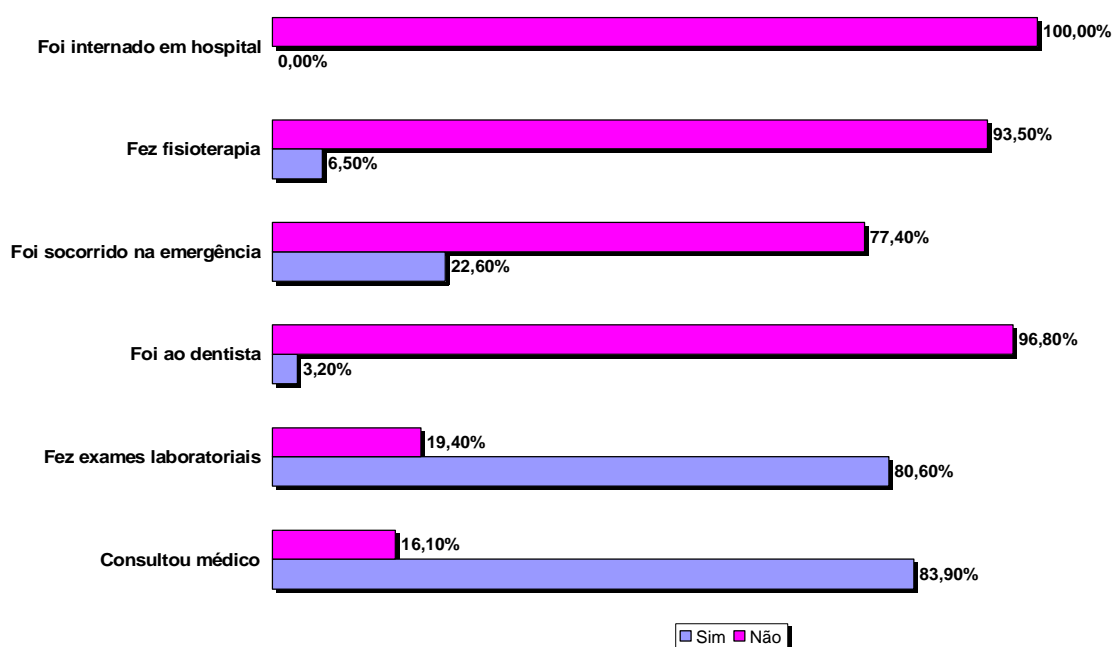


Figura 7 – Utilização de serviços de saúde nos últimos três meses

Todos os entrevistados relataram utilizar algum tipo de medicamento, sendo que os mais citados foram os anti-hipertensivos 51,61% seguido dos antiagregantes plaquetários 38,70%, diuréticos 35,48%, AINEs 29%, antianginoso 25,80%, com média de 3,48 por paciente entrevistado, variando de 2 a 8, segundo Tabela 5.

Tabela 5 – Medicamentos utilizados pelos idosos entrevistados

Polifarmácia	%
Anti-hipertensivo	51,61
Anti-agregante plaquetário	38,71
Diurético	35,48
Anti-inflamatório não-esteroidal	29,03
Anti-anginoso	25,81
Outros	25,81
Hormônio tireoidiano	19,35
Vitaminas	16,13
Analgésicos	12,9
Hipoglicemiantes orais	12,9
Estatina	12,9
Redutor da acidez gástrica	9,68
Anti-depressivo	6,45
Ansiolítico	6,45
Insulina	6,45
Anti-emético/Pró-cinético	6,45
Anti-inflamatório hormonal	6,45
Anti-parkinsoniano	6,45
Não sabe	6,45
Relaxante muscular	3,23
Broncodilatador	3,23
Anti-arrítmico	3,23
Anti-convulsivante	3,23

Os problemas ou dificuldades que os idosos encontraram para obter os medicamentos que tomavam regularmente mais frequentes foram: financeiros 77,4%, seguido de falta do medicamento na farmácia 48,4%.

4.4 Estilo de vida

Dos pacientes entrevistados, 38,7% fumam ou fumaram em algum período da vida. Sobre o uso de álcool, 32,3% referiram usá-lo, porém, neste percentual está incluso idosos que o usam socialmente, visualizado na Tabela 6.

Tabela 6 – Estilo de vida dos idosos entrevistados

Estilo de vida		Feminino	Masculino
Bebem	Sim	26,1%	62,5%
	Não	73,9%	37,5%
Fumam	Sim	21,7%	87,5%
	Não	78,3%	12,5%

Quando perguntados sobre passatempos, as respostas estão descritas na Tabela 7.

Tabela 7 – Atividades executadas como passatempo pelos idosos entrevistados

Atividades no tempo livre	%
TV	77,4
Faz compras	74,2
Vai à igreja	67,7
Recebe/faz visitas	51,6
Rádio	51,6
Anda pelo bairro	51,6
Outros: jardinagem, bingo, cartas	45,2
Costura, borda, tricota	45,2
Vai a encontros sociais	38,7
Lê revistas, jornais, livros	35,5
Faz passeios longos	35,5

83,9% demonstraram estar satisfeitos com atividades realizadas no tempo livre.

4.5 Atividades da vida diária

Os questionamentos realizados mostram-nos o grau de autonomia funcional para realizar atividades da vida diária e ao grau de satisfação manifestado na sua realização. Todos os entrevistados conseguiam tomar remédios, pentear-se, e tomar banho sozinhos. Os demais resultados estão relacionados na Tabela 8.

Tabela 8 – Atividades da vida diária dos idosos entrevistados

Atividades da vida diária	Sim (%)	Não (%)
Tomar seus remédios	100	0
Pentear-se	100	0
Tomar banho	100	0
Comer sua refeição	96,8	3,2
Caminhar superfície plana	96,8	3,2
Deitar e levantar-se	93,5	6,5
Preparar sua refeição	83,9	16,1
Sair de casa utilizando transporte	80,6	19,4
Arrumar casa, cama	77,4	22,6
Sair curtas distâncias	71	29
Ir ao banheiro a tempo	71	29
Subir/descer escadas	64,5	35,5
Cortar unhas do pé	51,6	48,4
Dirigir carro	3,2	96,8

Manter a capacidade funcional é de extrema importância e os agravos de saúde mais relevantes em pessoas com idade avançada são os chamados “5 is” da geriatria: imobilidade, instabilidade, incontinência fecal ou urinária, insuficiência cognitiva e iatrogenia¹⁷.

Imobilidade: implica a incapacidade de se deslocar sem o auxílio de outra pessoa, com a finalidade de atender às necessidades da vida diária.

Instabilidade postural: intimamente relacionado à quedas e ao medo de cair, assim com alterações da marcha, decorrente de artrose, alterações de equilíbrio ou doenças de base, como Parkinson.

Incontinência: eliminação involuntária de urina e fezes constitui uma das mais severas ameaças à dignidade das pessoas.

Insuficiência cognitiva: designa a condição na qual as funções encefálicas, em particular o desempenho intelectual, estão comprometidas a ponto de prejudicarem a independência funcional e a autonomia, como por exemplo, seqüelas de AVC, doença de Alzheimer.

Iatrogenia: este conceito refere-se tanto à prescrição de medicamentos ou à realização de procedimentos, como à omissão em casos em que os problemas podem ser amenizados ou suprimidos com o uso de medicações ou intervenções.

Com base nas respostas, foram agrupadas as AVDs, morbidades, polifarmácia e queda nos últimos três meses, os pacientes foram classificados como totalmente dependentes quando apresentavam 4 ou mais “is”; parcialmente independentes quando apresentavam 3 “is” e independentes se manifestavam 2 ou menos “is”.

Então, 71% dos idosos eram independentes e 29% parcial ou totalmente dependentes e, de acordo com o sexo, os resultados foram os demonstrados na tabela a seguir.

Tabela 9 – Capacidade funcional dos idosos entrevistados.

Classificação	Feminino	Masculino
1	17,4%	37,5%
2	43,5%	62,5%
3	30,4%	0
4	8,7%	0

4.6 Correlação entre variáveis

Além da análise descritiva, foram estabelecidas algumas correlações entre variáveis com base na revisão bibliográfica realizada neste estudo.

A variável morbidade foi separada em dois grupos de acordo com a mediana em: pouca (até três morbidades, inclusive) e muita (mais de três morbidades). Então, foi cruzada com idade,

que também foi separada em dois grupos divididos pela mediana, de acordo com tabela 10. O teste do qui-quadrado $p = 0,611$.

Tabela 10 – Correlação entre número de morbididades e idade.

Idade em anos	Morbidade	
	Muita	Pouca
≤ 71	5	11
> 71	6	9

Também foi avaliado estado civil, categorizado em idosos que vivem com seus cônjuges e os que não vivem, incluindo neste os divorciados e viúvos, arrolados na tabela 11. Neste caso, como há variável menor que 5, usou-se o teste exato de Fischer, que correspondeu à 1,000.

Tabela 11 – Correlação entre número de morbididades e estado civil.

Estado civil	Morbidade	
	Muita	Pouca
Com cônjuge	8	15
Sem cônjuge	3	5

O número de medicamentos foi avaliado dividindo-os pela mediana em pouco, quando ≤ 4 fármacos e muito quando > 4 medicamentos, relacionados na tabela 12, com teste de Fischer $< 0,001$.

Tabela 12 – Correlação entre número de morbididades e número de medicamentos.

Nº de medicamentos	Morbidade	
	Muita	Pouca
Muito	9	3
Pouco	2	15

Também foi testada a correlação entre morbididades e tabagismo, visualizada na tabela 13, com teste de Fischer igual a 0,452.

Tabela 13 – Correlação entre número de morbididades e tabagismo.

Tabagismo	Morbidade	
	Muita	Pouca
Sim	3	9
Não	8	11

O mesmo foi feito com relação ao consumo de bebida alcoólica na tabela 14, agora, teste de Fischer igual a 0,055.

Tabela 14 – Correlação entre número de morbididades e consumo de álcool.

Consumo de álcool	Morbidade	
	Muita	Pouca
Sim	1	9
Não	10	11

O comprometimento da capacidade funcional, avaliado pelas AVD e classificado pelos “5 is da geriatria” em dependente ou independente foi analisado com morbididades, arrolados na tabela 15, com $F=0,85$.

Tabela 15 – Correlação entre número de morbididades e AVD.

AVD	Morbidade	
	Muita	Pouca
Dependente	3	7
Independente	7	14

Na tabela 16, a escolaridade foi comparada ao número de morbididades e mostrou teste de Fischer igual a 1,000.

Tabela 16 – Correlação entre número de morbididades e escolaridade.

Escolaridade	Morbidade	
	Muita	Pouca
Nenhum	2	4
Ensino fundamental	8	13
Ensino médio	1	3

O nível econômico foi estudado da mesma maneira, indicado na tabela 17, tendo teste de Fischer igual a 0,055.

Tabela 17 – Correlação entre número de morbididades e nível econômico.

Nível econômico	Morbidade	
	Muita	Pouca
C	1	9
D	10	11

Analizou-se também queda com percepção de acuidade visual, esta foi classificada em pessimista, quando respondiam ruim/péssima e otimista quando respondiam ótima/boa. A tabela 18 demonstra estes resultados, com teste de Fischer = 1,000.

Tabela 18 – Correlação entre quedas e percepção de acuidade visual.

Visão	Quedas	
	Sim	Não
Pessimista	3	12
Otimista	3	13

A variável auto-avaliação de saúde também foi cruzada com nível econômico na tabela 19 com teste de Fischer igual a 0,023.

Tabela 19 – Correlação entre auto-avaliação de saúde e nível econômico.

Nível econômico	Auto-avaliação de saúde	
	Pessimista	Otimista
C	2	8
D	14	7

5 DISCUSSÃO

5.1 Fatores sócio-econômicos e demográficos

O sexo feminino esteve presente em 74,2%, demonstrando um predomínio deste sexo nos pacientes usuários do ambulatório de clínica médica do HU-UFSC. Dados demográficos do Brasil e de muitos países demonstram que a proporção feminina de idosas de uma população aumenta conforme a idade^{4, 18-25}.

Este dado também pode ser explicado pelo fato de que as mulheres de forma geral têm mais consciência de seus sintomas, melhor conhecimento das doenças e fazem uso mais constante dos serviços de saúde que os homens⁴. Além disso, a maior sobrevivência de mulheres em idades avançadas poderia ser decorrente de diferenças na exposição aos riscos ocupacionais, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens e diferenças no consumo de tabaco e álcool²⁶.

Blazer e Koenig²⁷ explicam que mulheres idosas têm maior probabilidade de admitir e verbalizar seus sentimentos disfóricos que os homens. Estes tendem a negar seus sentimentos ou utilizar recursos como o alcoolismo e tentativas de suicídio.

Em síntese, possivelmente são diversos os fatores associados à diferença na proporção de homens e mulheres com mais de 60 anos, dado não explicado apenas pela diferença nas taxas de idosos do sexo masculino e feminino na população brasileira. Em comparação com o homem, a mulher pode sofrer mais de males físicos e mentais, ou comunicar tal sofrimento de modo mais claro ou veemente que este⁹.

A população estudada apresentou idade entre 73 a 76 anos, resultado discordante da literatura, que demonstra uma tendência de idosos jovens, entre 60 – 69 anos^{9, 28-30}.

Outra informação relevante deste estudo diz respeito ao estado civil dos pacientes. Embora grande parte desses seja casada, quase um terço dos entrevistados é viúvo. Neste caso temos uma importante diferença, pois enquanto os homens são, em sua maioria, casados, as mulheres se dividem em casadas e viúvas. Este dado concorda com o estudo de Linhares⁹.

Tal fato justifica-se pela maior longevidade das mulheres, que, associada a um conjunto de fatores históricos de caráter sócio-cultural, determinam que as mulheres se casem com homens mais velhos, o que acaba favorecendo um maior número de mulheres viúvas, chegando a 3,6:1.

Além disso, as mulheres divorciadas e viúvas casam-se novamente menos que os homens nas mesmas condições²⁹.

Conforme estudo comparativo no Brasil, El Salvador, Jamaica e Venezuela³¹, e na pesquisa de Veras⁴, observou-se um predomínio de homens casados sobre as mulheres e inversamente, um predomínio de mulheres viúvas sobre os homens. Neste estudo, mais que o dobro de mulheres vivia sozinha (30,5% comparado a 12,5% dos homens).

Em um trabalho realizado com idosas internadas no HU-UFSC em 1997³², observou-se que 87,2% eram analfabetas ou tinham o primeiro grau incompleto, semelhante à situação dos idosos entrevistados neste estudo, que correspondiam a 87,1%. Nenhum idoso completou segundo ou terceiro graus, demonstrando o baixo nível de escolaridade dos idosos que freqüentam o ambulatório de clínica médica do HU-UFSC. Martins, 1999³⁰, em seu trabalho semelhante a este, observou que 92% dos entrevistados eram analfabetos ou com primeiro grau incompleto.

Estes baixos níveis de escolaridade refletem um dos aspectos da desigualdade social no país. A situação de analfabetismo pode, por si só, ser considerada um fator de limitação para a sobrevivência e para a qualidade de vida. Os idosos da população atual do país, vêm de uma época em que o acesso à educação era precária³³. Essas diferenças no nível de alfabetização, entre os sexos, refletem a organização social do começo do século que bloqueou o acesso à escola aos mais pobres e às mulheres²⁶.

Quanto à situação econômica dos idosos do presente estudo, pertencem à classe econômica C e D, são portanto, idosos com baixa renda econômica, sendo esta uma característica marcante da população que envelhece no Brasil¹⁴. Aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de rendimentos da população idosa. Em consequência do baixo valor dos benefícios, muitos se mantêm em atividades produtivas informais, mal remuneradas, pouco compatível com a idade (pedreiro, servente, por exemplo). Essas condições adversas de trabalho, moradia e alimentação e associam com maior freqüência às doenças e dependência¹⁴.

É sabido que pessoas que vivem em situação econômica precária estão mais expostas ao risco de adoecer e morrer, quadro este que se intensifica em populações mais desprotegidas ou vulneráveis, como crianças e idosos²⁶. Nesta pesquisa, ao cruzar a variável morbidade x nível econômico, observou-se associação entre baixo nível econômico e maior quantidade de

morbidades, com $F < 0,055$, segundo teste exato de Fischer, concordando com observação supracitada.

5.2 Situação familiar e psicossocial

Em relação ao número de filhos, 45,1% respondeu ter de 4 a 6 filhos. O fato de as idosas terem tido filhos coloca para elas uma possibilidade de rede de ajuda em caso de alguma necessidade²⁹. Na verdade, em todo mundo, as famílias providenciam a maior parte do auxílio para idosos que precisam de ajuda².

À respeito das características de composição familiar, a condição de vida encontrada no grupo estudado mostrou que a maioria, 71%, convive com lares multigeracionais. Esses dados são semelhantes aos encontrados por Coelho Filho³⁴, que relataram 75,3% de idosos vivendo em lares multigeracionais. Esse achado contrasta com o que se verifica em países desenvolvidos, onde menos de 5% dos idosos vivem em domicílios com filhos e muito raramente com os netos. A maioria vive com o cônjuge, ou só³⁵. Os dados aparentemente confirmam a concepção de que os idosos do Brasil, assim como nos países latino-americanos, em geral, teriam um suporte familiar mais intenso do que os idosos na Europa, evidenciando um traço cultural, que de certa forma compensaria o desnível sócio-econômico³⁵.

A falta de suporte e de adequação do idoso à vida familiar e social é um dos fatores que contribuem negativamente para suas condições de saúde e seu estado funcional.^{2, 36}. No Japão, por exemplo, as pessoas idosas que informaram uma falta de contato social tinham 1,5 mais chances de morrer nos três anos seguintes do que aqueles que tinham um apoio social maior².

Concordando com Veras⁴, a maioria dos entrevistados estava satisfeito com sua vida em geral, sendo que os problemas mais comuns de insatisfação foram: saúde, financeiro, família e habitação. Neste trabalho, 25,8% dos entrevistados demonstraram insatisfação em relação à saúde e situação financeira. Este resultado também foi encontrado por Martins³⁰ e Benedetti²⁸.

5.3 Morbidades e fatores correlatos

A amostra de idosos estudada apresentou uma alta prevalência de doenças crônicas. Achados semelhantes também foram encontrados por Ramos^{21, 35, 37}, Coelho Filho²⁴, Feliciano²⁶ e Martins³⁰.

Coelho Filho²⁴, referem que as doenças crônicas não representam marca exclusiva de sociedades industrializadas, e tendem a se acumularem em qualquer região cuja população envelhece.

Benedetti²⁸ descrevem em ordem decrescente as morbidades mais freqüentes encontradas em seu trabalho: alterações cardiovasculares, músculo-esqueléticas e doenças metabólicas, dados semelhantes aos encontrados no presente estudo, todas afecções que não admitem cura e exigem cuidados freqüentes, prolongados e muitas vezes caros, devido ao uso de técnicas diagnósticas e terapêuticas sofisticadas.

De acordo com a literatura³⁸, as causas de quedas têm sido classificadas como fatores intrínsecos e extrínsecos. Os primeiros são: idade, história de quedas recorrentes, presença de doenças crônicas (labirintopatias, osteoartrose, doença de Parkinson, seqüela de AVC, doença cardíaca, diabetes), uso de muitos medicamentos (antidepressivos tricíclicos, ansiolíticos, anti-hipertensivos), presença de hipotensão ortostática e deficiência visual. Os fatores extrínsecos são relacionados à superfícies escorregadias, iluminação deficiente entre outros fatores³⁸.

Benedetti²⁸ demonstrou que a maioria dos idosos não havia sofrido queda nos últimos três meses e que 70% dos idosos que relataram problemas de visão disseram atrapalhar nas atividades da vida diária (AVD). Perracini⁴⁰ e Ramos⁴⁰ descrevem que a percepção subjetiva de visão mostrou-se mais forte e independente no modelo preditivo tanto para quedas quanto de quedas recorrentes. Este fato não foi observado neste estudo ao cruzarmos as variáveis: percepção subjetiva de visão x quedas, com teste de Fischer = 1,000.

Quanto à auto-avaliação subjetiva de saúde do idoso, esta é uma variável simples de ser obtida, com potencial de sintetizar uma complexa interação de fatores envolvidos na saúde de um idoso e com alto valor preditivo de mortalidade. A maioria dos estudos dedica atenção especial à discussão das implicações práticas dessa variável como um indicador de saúde⁴¹.

Neste trabalho, houve uma pequena predominância de idosos que tinham uma visão pessimista de sua saúde (41,9%) em relação aos que a consideravam boa/ótima (38,7%). Lima Costa¹⁵ obteve resultados semelhantes, e associa visão pessimista da própria vida à renda familiar.

Em outro estudo, agora qualitativo, Uchôa⁴² mostrou que a avaliação da gravidade de um problema de saúde era determinado pela possibilidade de enfrentá-los, mais do que o problema

em si. Essa possibilidade estava associada ao apoio familiar e ao acesso à cuidados médicos, facilitado ou dificultado pelo poder aquisitivo⁴².

Em síntese, os resultados obtidos confirmam observações realizadas em outros países, mostrando a existência de associações entre auto-avaliação de saúde, rede de apoio social e renda familiar⁴³. Essas associações tem sido encontrada tanto em estudos ecológicos⁴⁴, quanto estudos seccionais⁴⁵ e longitudinais⁴⁶. O mesmo resultado foi obtido na presente pesquisa ao correlacionarmos auto-avaliação de saúde e nível econômico, sendo visão pessimista associada à baixo nível econômico, com teste de Fischer $< 0,023$. Esses resultados mostram uma estrutura multidimensional da auto-avaliação da saúde em idosos, compreendendo a situação sócio-econômica, a rede social de apoio, entre outras, o que se assemelha à definição de saúde como “bem estar físico, mental e social” adotada pela OMS¹⁵.

Bós e Bós⁴⁷ em seu estudo verificaram que, à medida que a renda e o nível educacional aumentam, o idoso tende a escolher a rede privada de atendimento. Isso vai ao encontro do resultado obtido no presente trabalho, uma vez que todos os entrevistados possuem baixa escolaridade e pertencem à baixa classe social e alegaram usufruir de instituições gratuitas de saúde.

Com relação ao perfil de utilização dos serviços de saúde apresentado neste estudo assemelha-se aos encontrados em Benedetti²⁸, mostrando que os pacientes em controle ambulatorial freqüente têm suas morbidades mais compensadas, necessitando menos de serviços de emergência.

Como as pessoas idosas frequentemente têm problemas crônicos, necessitam usar mais medicamentos. Na maioria dos países, muitos idosos de baixa renda deixam de comprar ou gastam uma grande parte do rendimento já escasso em remédios. Em contrapartida, os medicamentos são, às vezes, prescritos em demasia, causando reações adversas e quedas associadas ao uso do medicamento, o que culmina em sofrimento pessoal e internações hospitalares caras e evitáveis².

Neste estudo, todos os idosos utilizavam pelo menos um medicamento e o mais freqüente foi anti-hipertensivo. Coelho Filho¹³, Fabrício³⁹ e Veras⁴, também obtiveram o mesmo resultado, o que pode ser explicado pela alta prevalência de doenças cardiovasculares entre a população idosa. Coelho Filho¹³ também concluiu que o uso de medicamentos prescritos tendeu a ser maior entre idosos do sexo feminino, com idade mais avançada, doenças crônicas e visitas regulares aos

serviços de saúde. Ao correlacionar-mos número de medicamentos com número de morbidades, foi observado forte relação entre elas, evidenciando que quanto mais doenças o paciente apresenta, maior o número de fármacos utilizados, com teste de Fischer $< 0,001$, coincidindo com Coelho Filho¹³.

É amplamente documentado na literatura que, quanto mais medicamentos o idoso ingere, maior o risco de apresenta alguma reação adversa às drogas. Essas reações podem ser exacerbadas pela polifarmácia, comorbidades, variedade de sintoma, toxicidade freqüente para o sistema nervoso central, demência e depressão. Muitas vezes o médico não consegue reconhecer os efeitos colaterais das drogas, e acaba usando outra droga para tratar uma reação adversa⁴⁸⁻⁵⁰.

5.4 Estilo de vida

Fumar é o fato de risco de doenças não transmissíveis (DNTs) modificável mais importante para jovem e idosos, e representa a causa de morte prematura mais evitável². Neste estudo os dados computados como “sim” ao tabagismo inclui idosos que fumaram por muitos anos ou os que fumam atualmente. Em semelhança ao etilismo, foi considerado “sim” idosos que bebem socialmente e os dito alcoólatras (apenas um caso). Então, a maioria dos homens mencionou beber e fumar, contrariamente às mulheres. Sendo assim, os homens deste estudo estão mais sujeitos às DNTs decorrentes do fumo e álcool do que as mulheres.

A maior prevalência do hábito de fumar em relação ao de ingerir bebidas alcoólicas, principalmente entre os homens, pode refletir a questão cultural que se construiu na sociedade brasileira, onde por exemplo, o aumento do hábito de fumar entre as mulheres, só aconteceu após a década de 70, em decorrência de diferentes movimentos sociais e culturais²⁶.

No estudo de Lima Costa¹⁵, no qual analisa fatores associados à auto-avaliação de saúde entre idosos, não foi observado associação entre hábitos de vida (tabagismo e etilismo) e percepção de saúde. Contrariando esta observação, Gontijo² comenta que o hábito de fumar não só aumenta o risco de desenvolver doenças como câncer de pulmão, mas também está negativamente relacionado a fatores que podem levar a importantes perdas da capacidade funcional, o que diminui a qualidade de vida do idoso. Porém, esta associação não foi estatisticamente significativa neste estudo, sendo que morbidades x tabagismo apresentou teste de Fischer = 0,452.

Quanto ao consumo de álcool, de acordo com uma recente revisão da literatura pela OMS⁵¹, há evidências de que o álcool usado em pequenas quantidades (até uma dose por dia) pode oferecer alguma forma de proteção contra derrame e doença coronariana em indivíduos com 45 anos ou mais. Neste estudo, o consumo de álcool socialmente esteve relacionado à menor número de morbidades, com teste de Fischer $< 0,055$, concordando com esta revisão. Entretanto, em termos de mortalidade geral, os efeitos adversos da bebida prevalecem sobre qualquer proteção contra doença coronariana, até mesmo em populações de alto risco⁵¹.

Em analogia às atividades desenvolvidas no tempo livre, as mais citadas foram: assistir TV, fazer compras, ir à igreja, fazer ou receber visitas, ouvir rádio e andar pelo bairro. Dados semelhantes foram encontrados por Benedetti²⁸ e Barreto Lima²⁹. Essas atividades, com exceção de assistir TV ou ouvir rádio, fortalecem a experiência de grupo e favorecem a ampliação das relações interpessoais. Neste sentido, a rede social assume importância, pois é a partir dela que se responde a muitas demandas da população idosa²⁹.

Perracini⁴⁰ em seu estudo observou que os idosos que não indicaram a leitura como atividades de lazer tiveram maior chance de quedas. Isso porque a leitura exige atenção e concentração, que também são importantes para a manutenção do equilíbrio e controle postural. Neste trabalho a atividade leitura foi a menos citada como passatempo dos entrevistados.

5.5 Atividades da vida diária

Capacidade funcional é um novo conceito de saúde, particularmente relevante dentro do novo paradigma de saúde trazido pelo envelhecimento da população³. Envelhecimento saudável, nessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica³. O mais importante na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Esta variável está associada a risco de mortalidade em vários estudos, e é avaliada pela capacidade de realizar as atividades da vida diária (AVD)³.

Neste estudo, a maioria dos idosos era independente, sendo que as mulheres apresentaram maior grau de dependência, semelhante ao estudo de Feliciano²⁶. Ramos³⁷, encontrou 20% de idosos parcialmente dependentes, pouco menos que o estudo presente (30%). Diversos estudos apontam que a maioria da população idosa apresenta-se com boa capacidade funcional e vivendo na comunidade²⁸⁻³⁰.

5.6 Correlação entre variáveis

Morbidade x idade: não houve correlação estatisticamente significativa entre aumento da idade com aumento do número de morbidades ($p = 0,611$). Isto discorda com a literatura revisada que observa um aumento do número de morbidades conforme idade mais avançada. Segundo Chaimowicz¹⁴, o número de condições crônicas aumentava de 4,6 para 5,8 entre 65 e 75 anos de idade.

Morbidade x escolaridade: estas variáveis não apresentaram um teste de Fischer significativo (1,000), o que discorda com Gotijo², que associa baixos níveis de instrução e o analfabetismo a maiores riscos de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento.

5.7 Limitações do estudo

No que se refere aos aspectos metodológicos, a principal limitação deste trabalho foi o tamanho da amostra. Além disso, o próprio déficit cognitivo do idoso pode diminuir a precisão das respostas ao questionário. Por outro lado, o fato de a própria autora aplicar o questionário a todos os entrevistados evita o viés de variações devido diferentes entrevistadores. Tais observações, no entanto, não comprometem a contribuição deste estudo em prover um perfil dos idosos usuários do ambulatório de clínica médica do HU – UFSC, ressaltando que estes dados não são passíveis de extrapolação para população geral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. O perfil dos idosos usuários do ambulatório de clínica médica do HU – UFSC são predominantemente mulheres, entre 73 – 76 anos, casadas, com baixa escolaridade e nível econômico.

2. A maioria tem de 4 – 6 filhos, mora em lares multigeracionais, principalmente com cônjuge, filhos e netos, sendo que a família constitui a principal fonte de suporte social para essa população de idosos. De maneira geral, relatam estar satisfeitos com suas vidas e dizem praticar a religião que professam.

3. A auto-avaliação de saúde pessimista é predominante em relação à otimista.

4. Os idosos do sexo masculino fumam ou fumaram e bebem socialmente mais que as idosas, refletindo um traço cultural da sociedade brasileira. Suas atividades de lazer preferidas são assistir televisão, fazer compras, ir à igreja e relatam estarem satisfeitos com essas atividades.

5. A saúde é uma situação preocupante para os idosos, pois todos relatam ter algum problema. Os entrevistados apresentam três morbidades em média, com prevalência de doenças cardiovasculares, principalmente a HAS, seguida das músculo-esqueléticas, como a artrose, e as metabólicas, com destaque para a dislipidemia e diabete. Além desses problemas de saúde, são idosos com percepção de acuidade visual ruim e auditiva boa.

6. Quanto a polifarmácia, constata-se acúmulo de quatro medicamentos por idoso, sendo os mais citados anti-hipertensivos, anti-agregante plaquetário e diuréticos.

7. Na verificação do nível de desempenho das atividades da vida diária, a maioria dos idosos é fisicamente independente, porém observou-se que as mulheres são mais dependentes.

8. As variáveis correlacionadas entre si que obtiveram significância estatística foram número de morbidades com nível econômico, ingestão de bebida alcoólica, número de medicamentos, além de auto-avaliação de saúde com nível econômico.

Concluindo, com a previsão do crescimento do número de idosos necessitados de assistência ao longo das próximas décadas, o objetivo será de prover uma vida satisfatória para os idosos mental e fisicamente incapacitados, que faz do envelhecimento uma recompensa, e não um enorme fardo. Este desafio será alcançado somente com criatividade e com um objetivo claramente definido, que institua uma boa qualidade de vida como principal objetivo na

assistência ao idoso⁵², além da preservação da capacidade funcional do idoso, mantendo-o na comunidade pelo maior tempo possível e gozando da maior independência possível³.

Diante dessa conjuntura, enfrenta-se hoje no Brasil, a inadequação do setor saúde, no que tange a recursos humanos, materiais, tecnológicos e alternativas para lidar com as características do envelhecimento, especialmente no que se refere ao perfil de doenças que acometem os idosos²⁶.

REFERÊNCIAS

1. McMurdo, MET. A healthy Old Age: Realistic or Futile Goal? British Medical Journal. 2000 Apr 11; 321:1149-52.
2. Gontijo, S; World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2005; 8-31.
3. Ramos LR. A mudança na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: Ramos LR, Neto JT. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar da UniFESP- Escola Paulista de Medicina. geronto-geriatria editores. Barueri: Editora Manole; 2005. cap. 6.
4. Veras, RP. País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ, 1994.
5. Néri, AL O fruto dá sementes: Processo de amadurecimento e envelhecimento. In: Néri AL (Org.). Maturidade e velhice. Campinas-SP: Papirus, 2001.
6. Conte, EMT. Indicadores de Qualidade de Vida em Mulheres Idosas [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
7. Heikkinen, RL; World Health Organization. The role of physical activity in healthy aging. Ageing and Health Programme. Geneva, Switzerland: 1998.
8. Guimarães, RM. É possível retardar o envelhecimento? In: Guidi MLM, Moreira MRLP (Orgs.). Rejuvenescer a Velhice: Novas Dimensões da Vida-Brasília: Editora de Brasília, 1994.
9. Linhares, CRC et al. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2003; 16(2): 319-26.
10. Negri, LSA et al. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. Ciência e Saúde Coletiva. 2004; 9(4): 1033-46.
11. Paixão Jr. CM, Reichenheim, ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cad. Saúde Pública. 2005 Jan-Fev; 21(1): 7-19.
12. Galera, SC & Rebouças, M. Avaliação Geriátrica Ampla – A.G.A. Universidade Federal do Ceará; 2005.
13. Coelho Filho, JM et al. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2004; 38(4): 557-64.
14. Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública. 1997; 31(2): 184-200.

15. Lima-Costa, MF et al. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(6): 827-34.
16. ANEP Critério de classificação econômica do Brasil. Disponível em www.anep.org.br/mural/anep/04-12-97-cceb. 1997.
17. Guimarães RM, Cunha UGV. Sinais e sintomas em geriatria. 2º ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.
18. Peixoto C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: Veras RP, organizadora. Terceira idade: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1997; 41-74.
19. Telarolli Jr R, Machado JCMS, Carvalho F. Educação em saúde na terceira idade: avaliação de um programa de extensão universitária. *Gerontologia* 1997; 5: 55-65.
20. OPS (Organización Panamericana de la Salud), OMS (Organización Mundial de la Salud). El envejecimiento de la población mundial. Washington (DC): La Organización; 1999.
21. Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública* 1998; 32:397-407.
22. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:745-57.
23. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:735-43.
24. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:445-53.
25. Telarolli Jr. R, Machado JCMS, Carvalho F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1996; 30:485-98.
26. Feliciano, AB et al. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública*. 2004 Nov-Dez; 20(6): 1575-85.
27. Blazer, D. G. & Koenig, H. G. (1999). Transtornos do humor. In: D. G. Blazer & E. W. Busse (Orgs.), *Psiquiatria geriátrica*. Porto Alegre: Artmed.
28. Benedetti TRB, Petroski EL, Gonçalves LHT. Perfil do idoso do município de Florianópolis, SC: relatório final da pesquisa. Florianópolis: Gráfica Editora Pallotti; 2004.

29. Barreto Lima KM, Carvalho EMF, Falcão IV, Lessa FJD, Leite VMM. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003 Jul-Set; 3(3): 339-54.
30. Martins, MA. Um estudo do perfil dos idosos usuários do ambulatório de Clínica Médica do HU [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 1999.
31. Perez EL et al, Organización Pan-Americana de la Salud. Análisis Comparativo del Envejecimiento en Brasil, Colômbia, El Salvador, Jamaica y Venezuela. Cuaderno Técnico. Washington, DC: 1993.
32. Brandão, ND. Uso da “unidade de pacientes em observação” da emergência do HU-UFSC pela população idosa [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2001.
33. Berquó E. Envelhecimento populacional no Brasil e suas conseqüências. In: Pereira DM, organizadora. Idoso: encargo ou patrimônio? São Paulo: Proposta Editorial. 1992; 51-9.
34. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultado de um inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:445-53.
35. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003 Mai-Jun; 19(3):793-98.
36. Costa EF. Exame clínico do idoso. Em: Porto CC. editores. Exame Clínico. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2004. p. 138-46.
37. Ramos LR, Rosa TE, Oliveira ZM, Medina MC, Santos FR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de um inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1993; 27:87-94.
38. Neto NC. Envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento com fragilidade. In: Ramos LR, Neto JT. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar da UniFESP- Escola Paulista de Medicina. geronto-geriatria editores. Barueri: Editora Manole; 2005. cap 2.
39. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Junior MLC. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1): 93-9.
40. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(6): 709-16.
41. Mossey JM, Shaper E. Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*. 1982; 72: 800-8.
42. Uchôa E. Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19: 819-53.

43. Grundy E, Sloggett A. A health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socioeconomic circumstances. *Soc Sci Med* 2003; 56: 935-47.
44. Jylhas M, Gualnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J. Geront. Soc Sci Med* 1998; 53B: S711-S52.
45. Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothow-StigH D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. *BMJ* 1998; 317: 917-21.
46. Lantz PM et al. Socioeconomic disparities in health change in longitudinal study of US adults: the role of health risk behaviors. *Soc Sci Med* 2001; 53: 29-40.
47. Bós AMG, Bós AJG. Determinants of elder's choice between private and public health care providers. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(1): 113-20.
48. Carqueja CL. Detecção de problemas clínico-sociais de pacientes geriátricos internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 1999.
49. Larson EB, Kukull WA, Buchner D, Reefler BV. Adverse drug reactions associated with global cognitive impairment in elderly persons. *Annals of Internal Medicine* 1987; 107(2): 169-73.
50. Hanlon JT, Lewis IK. Adverse drug events in high risk older outpatients. *JAGS* 1997; 45: 945-8.
51. Jernigan, DH, Monteiro M, Room R, Saxena S. Toward a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Boletim da Organização Mundial da Saúde*, 2000; 78 (4): 49.
52. Dorothy H. Coons e Nancy L. Mace. Aprimorando a qualidade de vida na assistência a longo prazo. Em: Reichel ME, editores. *Assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan ;2001. p. 193-98.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, resolução sem número, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

ANEXOS

ANEXO 1



QUESTIONÁRIO – PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Dados de Identificação

1. Nome do entrevistado:

2. Sexo:

(1) Masculino

(2) Feminino

3. Quantos anos o (a) senhor(a) tem?

4. Qual é a sua escolaridade máxima completa?

(1) Nenhuma

(2) Primário

(3) Ginásio ou Primeiro grau - Fundamental

(4) Segundo grau completo (científico, técnico, normal ou equivalente) - Médio

(5) Curso superior

(97) N. A.

(98) N.S./N.R.

5. Atualmente qual é o seu estado conjugal?

(1) Casado/morando junto

(2) Viúvo(a)

(3) Divorciado(a)/separado(a)

(4) Nunca casou

(98) N.S./N.R.

6. O(a) senhor(a) teve filhos? Quantos?

(00) Nenhum

(98) N.S./N.R.

7. Quantas pessoas vivem com o(a) senhor(a) nesta casa?

(00) Entrevistado mora só.

(98) N.S./N.R.

8. Quem são estas pessoas?

	SIM	NÃO	N.A.	N.S./N.R.
1. Esposo(a)/companheiro(a)	1	2	97	98
2. Pais	1	2	97	98
3. Filhos	1	2	97	98
4. Filhas	1	2	97	98
5. Irmãos/irmãs	1	2	97	98
6. Netos	1	2	97	98
7. Outros parentes (especificar)	1	2	97	98
8. Amigos	1	2	97	98
9. Empregado(a)	1	2	97	98

9. Como o(a) senhor(a) se sente em relação a sua vida em geral?

(1) Satisfeito

(2) Insatisfeito

(98) N.S./N.R.

10. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com sua vida?

	SIM	NÃO	N.A.	N.S./N.R.
1. Problema econômico	1	2	97	98
2. Problema de saúde	1	2	97	98
3. Problema de moradia	1	2	97	98
4. Problema de transporte	1	2	97	98
5. Conflito nos relacionamentos pessoais	1	2	97	98
6. Falta de atividades	1	2	97	98
7. Outro problema (especificar)	1	2	97	98

11. O(a) senhor(a) pratica sua religião?

(1) Sim

(2) Não

(98) N.S./N.R.

12. Em geral, o(a) senhor(a) diria que sua saúde está:

(1) Ótima

(2) Boa

(3) Ruim

(4) Péssima

(98) N.S./N.R.

13. Atualmente, o(a) senhor(a) tem algum problema de saúde?

(1) Sim

(2) Não

(98) N.S./N.R.

14. Quais são os problemas de saúde? Há quanto tempo?

1)

2)

3)

(97) N. A.

(98) N.S./N.R.

15. Este problema de saúde atrapalha o(a) senhor(a) para fazer as coisas que precisa ou quer fazer?

(1) Sim

(2) Não

(97) N. A.

(98) N.S./N.R.

16. O(a) senhor(a) teve alguma queda (tombo) nos últimos 3 meses?

(1) Sim

(2) Não

(98) N.S./N.R.

17. Em geral, o(a) senhor(a) diria que sua visão (com ou sem ajuda de óculos) está:

(0) O entrevistado é uma pessoa cega.

(1) Ótima

(2) Boa

(3) Ruim

(4) Péssima

(98) N.S./N.R.

18. Este problema de visão atrapalha o(a) senhor(a) de fazer as coisas que precisa ou quer fazer?

(1) Sim

(2) Não

(97) N. A.

(98) N.S./N.R.

19. Em geral, o(a) senhor(a) diria que sua audição (com ou sem ajuda de aparelhos) está:

(1) Ótima

(2) Boa

(3) Ruim

(4) Péssima

(98) N.S./N.R.

20. Este problema de audição atrapalha o(a) senhor(a) de fazer as coisas que precisa ou quer fazer?

(1) Sim

(2) Não

(97) N. A.

(98) N.S./N.R.

21. O(a) senhor(a) fuma ou já fumou? Quanto tempo?

(1) Sim

(2) Não

(98) N.S./N.R.

22. O(a) senhor(a) toma bebida alcoólica?

(1) Nunca

(2) Socialmente (de vez em quando)

(3) Diariamente

(98) N.S./N.R.

23. Quando o(a) senhor(a) está doente ou precisa de atendimento médico, onde ou a quem o(a) senhor(a) normalmente procura?

(0) Ninguém ou entrevistado não procura médico a muito tempo

(1) Serviço médico de uma instituição pública gratuita

(2) Serviço médico credenciado pelo seu plano de saúde

(3) Médicos/clínicas particulares

(4) Outros (especificar)

(98) N.S./N.R.

24. Nos últimos três meses, o(a) senhor(a):

	SIM	NÃO	N.S./N.R.
0. Consultou um médico no consultório ou em casa	1	2	98
1. Fez exames clínicos	1	2	98
2. Fez tratamento fisioterápico	1	2	98
3. Teve de ser socorrido(a) na	1	2	98

emergência			
5. Esteve internado em hospital/clínica	1	2	98
6. Foi ao dentista	1	2	98

25. O(a) senhor(a) toma remédios?

(1) Sim

(2) Não

(98) N.S./N.R.

26. Quais?

(1)

(2)

(3)

(97) N.A.

(98) N.S./N.R.

27. Em geral, quais os problemas ou dificuldades mais importantes que o(a) senhor(a) tem para obter os remédios que toma regularmente?

	SIM	NÃO	N.A.	N.S./N.R.
0. Problema financeiro	1	2	97	98
1. Dificuldade em encontrar o remédio na farmácia	1	2	97	98
2. Dificuldade de obter a receita de remédios controlados	1	2	97	98

3. Outro problema ou dificuldade (especifique)	1	2	97	98
---	----------	----------	-----------	-----------

28. O(a) senhor(a) é capaz de fazer sozinho as seguintes atividades:

	SIM	NÃO	N.S./N.R.
0. Sair de casa utilizando um transporte	1	2	98
1. Sair de casa dirigindo se próprio carro	1	2	98
2. Sair de casa para curtas distâncias (caminhadas pela vizinhança)	1	2	98
3. Preparar sua própria refeição	1	2	98
4. Comer sua refeição	1	2	98
5. Arrumar a casa, a sua cama	1	2	98
6. Tomar seus remédios	1	2	98
7. Vestir-se	1	2	98
8. Pentear seus cabelos	1	2	98
9. Caminhar em superfície plana	1	2	98
10. Subir/descer escada	1	2	98
11. Levantar/deitar da cama	1	2	98
12. Tomar banho	1	2	98
13. Cortar as unhas dos pés	1	2	98

14. Ir ao banheiro em tempo	1	2	98
------------------------------------	----------	----------	-----------

29. Há alguém que ajuda o(a) senhor(a) a fazer alguma tarefas como limpeza, arrumação da casa, vestir-se ou dar recados quando precisa?

(1) Sim

(2) Não

(98) N.S./N.R.

30. Qual a pessoa que mais o ajuda nessas tarefas?

(1) Esposo(a)/Companheiro(a)

(2) Filho

(3) Filha

31. No seu tempo livre o(a) senhor(a) faz (participa de) algumas destas atividades:

	SIM	NÃO	N.S./N.R.
0. Ouve rádio	1	2	98
1. Assiste televisão	1	2	98
2. Lê jornal	1	2	98
3. Lê revistas e livros	1	2	98
4. Recebe visitas	1	2	98
5. Vai a cinema, teatro, etc.	1	2	98
6. Anda pelo seu bairro	1	2	98
7. Vai a igreja ou serviços religiosos	1	2	98
8. Vai a jogos (esportes)	1	2	98

9. Pratica algum esporte	1	2	98
10. Faz compras	1	2	98
11. Sai para visitar os amigos	1	2	98
12. Sai para visitar os parentes	1	2	98
13. Sai para passeios longos (excursão)	1	2	98
14. Sai para encontro social ou comunitário	1	2	98
15. Costura, borda ou tricota	1	2	98
16. Faz alguma atividade para se distrair (jogos de carta, bingos, xadrez, jardinagem, etc.)	1	2	98
17. Outros (especificar)	1	2	98

32. O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com as atividades que desempenha no seu tempo livre:

(1) Sim

(2) Não

(98) N.S./N.R.

ANEXO 2

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
TV em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer	0	1	1	1	1

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	30 – 34
A2	25 – 29
B1	21 – 24
B2	17 – 20
C	11 – 16
D	6 – 10
E	0 - 5

Fonte: ANEP

ANEXO 3



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Thais Cristina Finger e estou realizando um estudo intitulado “**Perfil dos Idosos Atendidos no Ambulatório de Clínica Médica da Área B do HU-UFSC**” com o objetivo de caracterizar o número de doenças e de remédios em cada pessoa, identificar graus de incapacidade de realizar atividades da vida diária, estilo de vida, situação sócio-econômica e auto-avaliação de qualidade de vida. Este estudo é necessário porque esta população está cada vez crescendo mais, havendo uma preocupação em buscar melhor capacitação profissional para melhor atendimento desta população. Será aplicado apenas um questionário, sendo que este não traz nenhum risco ou desconforto.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone **334 -4298 ou 9931 – 9703**. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal _____

Pesquisador responsável _____

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa Perfil Epidemiológico dos Idosos Atendidos no Ambulatório de Clínica Médica da Área B do HU-UFSC e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, / / .

Assinatura: _____ RG: _____